



연합 의료 장학금 프로그램(AHSP)

회계연도 2024-25년용 보조금 지침서

목적: 이 보조금 지침서는 프로그램의 정보 및 세부 사항에 대한 포괄적인 자료입니다. 신청인은 신청서를 작성하는 단계를 확인할 수 있으며, 수혜자는 프로그램의 의무 봉사 완결 요건을 검토할 수 있습니다. **프로그램 담당자에게 연락하기 전에, 이 지침서의 전체를 읽어보시기 바랍니다.**

모든 신청인은 지원금을 수령하기 전에 반드시 계약의 규정과 조건에 동의해야 합니다. Department of Health Care Access and Information은 본 보조금 지침서에 명시된 규정과 조건을 변경하지 않습니다.

차례

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| 항목 I: AHSP 보조금 정보 | 3 |
| A. 배경 및 사명 | 3 |
| B. 자격 요건..... | 3 |
| 1. 의료 종사자의 자격 요건..... | 3 |
| 2. 적격 대상 분야..... | 3 |
| 3. 의무 봉사로 적격한 지역 및 현장의 지정..... | 4 |
| 4. 적격한 총 학비(1년간) | 4 |
| C. 수여 금액 및 남아 있는 지원 자금 | 5 |
| 1. 남아 있는 지원 자금 | 5 |
| 2. 수여 금액..... | 5 |
| D. 신청 시작..... | 5 |
| E. 의무 봉사..... | 5 |
| 1. 직장에서의 휴직..... | 6 |
| 2. 의사 소통의 요건 | 6 |
| F. 평가 및 점수 부여의 절차 | 6 |
| G. 수여 절차..... | 7 |
| H. 보조금 계약의 결과물..... | 7 |
| I. 보조금의 필수 문서..... | 7 |
| J. 수여 및 지급 후의 조항 | 7 |
| K. 계약 위반에 대한 정책 | 8 |
| L. 주요 날짜..... | 9 |
| M. 연락처..... | 9 |
| 항목 II: eApp 기술적 지침서 | 9 |
| A. 의료 종사자의 eApp 기술적 지침서..... | 9 |
| 1. 신청 시스템의 이용..... | 9 |
| 2. 등록 및 로그인..... | 10 |
| 3. 신청서 제출..... | 10 |
| 4. AHSP 신청서의 구성 내용..... | 10 |
| 첨부 문서 A: 평가 및 점수 부여 기준 | 10 |
| 첨부 문서 B: 보조금 계약서의 예시물 | 12 |

항목 I: AHSP 보조금 정보

A. 배경 및 사명

Department of Health Care Access and Information (HCAI)은 해당 지역사회에서 직접 환자를 치료하는 의료 전문가 학생과 졸업생에게 장학금과 대출 상환금을 제공하여 캘리포니아에 의료 인력을 확대하고 다양화하기 위해 노력합니다.

AHSP는 보조금, 기부금 및 특별 지원 기금을 통해 자금을 조달합니다. 적격한 지원자는 소외된 지역사회에서 12개월 동안 직접 환자를 진료하는 의무 봉사를 이행하는 대가로 최대 15,000달러를 받을 수 있습니다. 이 프로그램의 목적은 캘리포니아 내 의료 취약 지역 또는 선정된 시설에서 직접 환자를 진료하는 적절한 훈련을 받은 연합 의료 전문가의 수를 확대하는 것입니다.

B. 자격 요건

1. 의료 종사자의 자격 요건

AHSP의 수혜를 받으려면 각 지원자는 다음과 같은 조건을 충족해야 합니다:

- 2024년 10월 1일까지 교육 프로그램을 시작했습니다
- 프로그램 완료 시까지 학기당 최소 6학점 또는 이에 상응하도록 등록해야 합니다
- 가장 최근 학업 성취도가 평균학점 2.0 이상이거나 또는 이에 상응해야 합니다
- 프로그램 수료 시까지 평균학점을 2.0 이상으로 유지해야 합니다
- 2025년 3월 31일 이후에 졸업해야 합니다
- 다른 기관과 맺은 기존의 의무 봉사가 없어야 하고, 여기에는 다른 HCAI의 프로그램도 포함됩니다
- 다른 HCAI의 의무 봉사 계약을 위반하지 않은 상태이어야 합니다
- 졸업 후 6개월 이내에 의료 취약 지역 또는 선정된 시설에서 12개월간 주당 32시간 이상씩 직접 환자를 진료하는 의무 봉사를 이행해야 합니다
- 캘리포니아 주민이어야 합니다
- 2024년 12월 13일 오후 3시까지 [HCAI 자금지원 포털](#)을 통해 신청서를 작성하여 제출하십시오

2. 적격 대상 분야

AHSP 지원자는 다음 분야의 전문가가 되기 위해 현재 인가된 학교 또는 자격증 프로그램에 합격했거나 등록된 상태여야 합니다:

| | | |
|--------------|-------------------|--------------|
| • 마취 기사 | • 응급 의료 기사 | • 구급대원 |
| • 마취 전문의 보조 | • 보건 교육자 | • 인공 심폐기 관리자 |
| • 자동 수혈 전문의 | • 가정 건강 보조원 | • 약사 보조 |
| • 심혈관 기술자 | • 국제 공인 수유 상담 전문가 | • 정맥 조영사 |
| • 공인 간호 보조원 | • 면허 조산사 | • 물리 치료 보조원 |
| • 임상 실험실 과학자 | • 의료 보조원 | • 족병 전문의 |
| • 영양학 학위 소지자 | • 의료 영상 기술자 | • 방사선 치료 기술자 |
| • 치과 보조 | • 의료 통역사 | • 방사선 기사 |

| | | |
|-----------------|---------------|-----------------|
| • 치과 위생사 | • 의료 검사실 기술자 | • 공인 영양사 |
| • 진단 의료 초음파 기술자 | • 핵의학 기술자 | • 호흡기 치료사 |
| • 출산 조연자 | • 정시 훈련 전문가 | • 말하기 및 언어 병리학자 |
| • 심전도 기사 | • 정형외과 의사/보철사 | • 외과 기사 |
| • | • | • 초음파 기사 |

3. 의무 봉사료 적격한 지역 및 현장의 지정

시설이 선정되려면, 다음의 적격 지역 또는 승인된 지정 현장 중 하나에 속해야 합니다:

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| • 어린이 병원 | • 미국 원주민 보건 센터 |
| • 교정 시설 | • 비영리 시설 |
| • 카운티 운영 보건 시설 | • 1차 진료 부족 지역(PCSA) |
| • 연방정부 선정 보건 센터(FQHC) | • 공립학교 시설 |
| • 의료 전문가 부족 지역 - 치과(HPSA-D) | • 농촌 보건 병원 |
| • 의료 전문가 부족 지역 - 정신 건강(HPSA-MH) | • 전문 요양 시설 |
| • 보건 전문가 부족 지역 - 1차 진료(HPSA-PC) | • 주정부 운영 보건 시설 |
| • 의료 소외 지역 - (MUA) | • 약물 사용 시설 |
| • | • 재향군인 시설 |

주의: 임시직 인력사무소 및 관리 서비스 회사는 적격한 고용주가 아닙니다. 이러한 회사에서 근무하는 동안 자격을 얻으려면, 여러분이 직접 환자 진료를 하는 시설이 위에 나열된 적격한 지역 또는 선정된 현장 중에 속해야 합니다.

주의: 원격 의료를 통해 서비스를 제공하는 경우, 고용주는 캘리포니아에 물리적 사무실을 가지고 있어야 하며, 위에 나열된 적격 지역 또는 사이트 지정 중 하나에 해당해야 합니다.

4. 적격한 총 학비(1년간)

장학금을 수여 받으려면 학교 교육과 관련된 비용이 있음을 명시해야 합니다. 총 학비(CoA)는 1년 동안 프로그램에 참여하는 데 드는 총 금액입니다. 총 학비(CoA)에는 다음과 같은 비용이 포함될 수 있습니다:

- 수업료 및 수수료
- 학교의 기숙사 숙식비(또는 학교 밖에 거주하는 학생의 경우 주거비 및 식비)
- 도서, 용품, 교통비, 대출 수수료 및 가족 부양비(해당하는 경우).

총 학비(CoA) 비용은 **1년간에 드는 비용만** 반영해야 합니다. 전체 프로그램에 대한 비용을 제시하는 경우, 1년 동안의 비용이 명확하게 표시되어야 합니다.

총 학비(CoA)는 반드시 학교의 웹사이트 또는 재정 지원 사무소에서 발급받아야 합니다. 화면 모습을 저장한 것도 허용됩니다.

C. 수여 금액 및 남아 있는 지원 자금

1. 남아 있는 지원 자금

인가된 학교 또는 자격증 프로그램에 등록된 학생들에게 약 \$550,000가 지원됩니다. 추가 기금은 적절한 생식기 보건 진료 훈련 프로그램에 등록된 학생에게 지원됩니다.

추가로 주정부 자금이 배당되는 경우, HCAI는 재량으로 추가 지원금을 지급할 수 있습니다.

2. 수여 금액

연합 의료 장학금 프로그램(AHSP)의 최대 수여 금액은 **\$15,000**입니다. HCAI는 신청자의 선정 기준 충족 여부와 남아 있는 자금의 양에 따라 지원금의 전액 또는 일부를 지급하거나 지급을 전혀 하지 않을 수도 있습니다.

지원자에게 지급되는 금액은 프로그램의 **1년** 동안의 총 비용을 초과하지 않습니다.

AHSP의 목표는 캘리포니아의 소외된 지역사회에 있는 적절한 AHSP 사업장에서 의료 진료를 할 의료 종사자를 장려하고 유지하는 것입니다. 수혜자는 자격이 되는 매해마다 추가로 AHSP 수여를 신청할 수 있습니다. 각 수여에 대해, 수혜자는 추가로 1년의 의무 봉사를 이행해야 합니다. 자격을 유지하려면, 수혜자는 적절한 연합 의료 인가 학교 또는 자격증 프로그램에 등록되어 있어야 하며 다른 모든 AHSP 자격 요건을 충족해야 합니다.

각 의무 봉사는 별도의 계약이 필요하며, 수여 대상 후보로 선정되려면 새로운 신청서를 제출해야 하고, 이전에 한 계약이 이어진다고 간주하지 않습니다. 수여 대상으로 선정되지 않은 지원자는 다음 주기에 지원할 수 있습니다.

D. 신청 시작

신청인은 필요한 모든 정보를 제공하고 신청서에 포함된 정보가 정확한지 확인할 책임이 있습니다. 신청서 또는 필수 양식에 정보를 누락하면 신청서가 부적절한 것으로 간주될 수 있습니다. 지원자는 모든 신청서(모든 필수 양식, 서류 또는 첨부 파일 포함)를 웹 기반의 eApp을 통해 등록하고 제출해야 합니다: <https://funding.hcai.ca.gov/>.

신규 지원자는 먼저 사용자 등록을 해야 지원 자료에 접속할 수 있습니다. 재지원자는 기존의 이메일과 비밀번호를 사용하여 로그인해야 합니다. 항목 II: 의료 종사자의 eApp 기술적 지침서에는 신청서를 등록하고 작성하는 방법에 관한 정보가 포함되어 있습니다.

지원자는 한 번에 한 개 이상의 HCAI 장학금 또는 대출 상환 프로그램을 신청할 수 있습니다. 그러나 두 가지 모두에 대해 수여되는 경우, 하나만 수락할 수 있습니다.

E. 의무 봉사

수혜자는 인가된 대학 또는 직업 교육기관에서 자격을 갖춘 프로그램을 졸업한 후 6개월 이내에 적격 지역 또는 승인된 기관 지정에서 최소 12개월 동안 환자를 직접 치료하는 정규직 봉사를 제공해야 합니다.

"정규직 봉사"는 주당 최소 32시간의 직접 환자 진료로 정의됩니다.

"직접 환자 진료"는 신체적 또는 정신적 질병으로 치료를 받고 있거나 의심되는 개인에게 직접 제공하는 의료 진료를 의미합니다. 직접 환자 치료에는 대면 및 원격 의료를 기반으로 한 예방 치료와 일선 감독을 모두 포함합니다.

"일선 감독"은 직접 환자/고객 관리 서비스를 제공하는 직원을 직접 감독하는 것으로 정의됩니다.

1. 직장에서의 휴직

해당 연방법 및 주법을 준수하기 위해 달리 요구되는 경우를 제외하고는, 수혜자는 본 계약 기간 동안 의무 봉사에 영향을 끼치지 않으면서 승인된 직장에서 승인한 휴가로 최대 **4주**까지 승인된 직장을 떠날 수 있습니다.

수혜자가 **4주**가 넘게 휴직한 경우, 위에 명시된 대로 또한 HCAI가 이에 동의하면, HCAI와 수혜자는 허용된 **4주**를 넘긴 각각의 휴직일에 대한 의무 봉사를 연장하기 위해 본 계약 기간을 수정하는 데 동의합니다.

2. 의사 소통의 요건

수혜자는 다음과 같은 이유로 반드시 이러한 지정된 기간 내에 HCAI에 이메일을 보내야 합니다:

- **다음과 같은 경우 달력 날짜로 15일 이내에:**

- 직접 환자 진료 시간의 감소(32시간 미만으로 감소), 해고, 사직 또는 "직장 휴가"(Worksite Absences)에 명시된 허용 시간을 초과하는 휴직 및 기타 사유로 정규직 상태에 변경이 있는 경우.

- **다음과 같은 경우 달력 날짜로 30일 이내에:**

- 근무지에 변경 사항이 있는 경우. HCAI는 새 직장이 적격인지 여부를 확인합니다. 고용 확인 양식(EVF)을 이메일을 통해 프로그램 담당자에게 제출해야 합니다.
- 이름, 거주지 주소, 전화번호 및/또는 이메일 주소의 변경. 이메일을 통해 프로그램 담당자에게 연락하기 전에, eApp "프로필"(Profile) 페이지를 갱신하여 이러한 변경 사항을 반영해야 합니다.

- **다음과 같은 경우 달력 날짜로 90일 이내에:**

- 예상되는 계약 위반과 관련하여 지급 또는 상환할 금액 및/또는 상환 시기의 수정을 위해 HCAI에 청원서를 제출.

주의: 이러한 변경 사항이 적용되기 전에 프로그램 담당자에게 문의하는 것이 좋습니다.

F. 평가 및 점수 부여의 절차

HCAI는 신청서 평가 및 채점에 있어 공정하고 공평한 프로세스를 확립했습니다. 각 신청서는 첨부 파일 A: 평가 및 채점 기준에 설명된 대로 확립된 프로그램 기준에 따라 자격 및 수여 능력을 평가하기 위해 HCAI 직원이 검토합니다.

신청한다고 해서 수혜가 보장되는 것은 아닙니다.

HCAI는 여러 장학금을 수여할 수 있습니다. 첨부 문서 A를 참조하십시오: 평가 및 점수 부여 기준을 참조하십시오. 최종 수여에는 다음 요소가 고려됩니다:

1. 신청서가 마감일 되면, HCAI는 제출 요건에 따라 각 신청서에 필수 정보가 기재되었는지 여부를

검토합니다.

2. HCAI는 허위 또는 오해의 소지가 있는 정보가 포함된 신청서를 거부할 수 있습니다.
3. HCAI는 별첨 A: 평가 및 채점 기준의 평가 기준을 사용하여 신청서에 점수를 매기고 가장 높은 점수를 받은 신청자를 수혜자로 선정합니다.

G. 수여 절차

HCAI는 모든 수여 결정을 완료한 후, 선정된 지원자에게 통지합니다. 수여 절차에 걸리는 시간은 접수된 신청서의 수에 따라 달라질 수 있습니다. HCAI는 다큐사이(DocuSign)을 사용하여 검토 및 서명을 하도록 계약 문서를 수혜자에게 보냅니다. 지원금 계약서가 도큐사인(DocuSign)을 통해 발송되면, 수혜자는 영업일 기준 7일 이내에 지원금 계약을 수락하고 서명하거나 도큐사인을 통해 지원금 계약을 거부할 수 있습니다.

참고: "정크/스팸" 폴더에서 보조금 계약을 확인하시기 바랍니다.

계약 만료

수혜자는 HCAI가 계약을 체결한 회계연도가 끝나기 45일 전까지 위약금 없이 계약을 해지할 수 있습니다. 계약 해지를 요청하려면 수혜자는 반드시 계약 해지를 요청해야 합니다:

1. 계약 해지 사유와 함께 이메일로 서면 요청서를 제출하세요.
2. 본 계약에 따라 수혜자에게 지급된 모든 금액을 상환합니다. 수혜자는 HCAI로부터 지급받은 회계연도가 끝나기 전에 모든 지급금을 상환해야 합니다.

HCAI는 즉시 계약을 종료할 것입니다. HCAI에는 위약금이 부과되지 않으며, 수혜자는 향후 다시 신청할 수 있습니다.

참고: 계약이 행정적으로 종료된 후에는 이 조치를 되돌릴 수 없습니다.

H. 보조금 계약의 결과물

수혜자는 다음을 제출해야 합니다:

- 12개월의 의무 봉사 기간 동안 eApp을 통해 2개의 진행 보고서를 제출해야 합니다. 이러한 보고서의 일정은 승인된 작업장에서 근무를 시작한 날짜를 기준으로 합니다.

I. 보조금의 필수 문서

- 졸업 후 30일 이내에 졸업일 확인서(GDV) 양식을 요청하기 위해 또는 근무처가 변경될 때마다 프로그램 담당자에게 이메일을 통해 연락하십시오.
- 졸업 후 60일 이내에 고용 확인 양식(EVF)을 요청하기 위해 또는 근무처가 변경될 때마다 프로그램 담당자에게 이메일을 통해 연락하십시오.
- 수혜자의 이름 및/또는 거주지 주소가 변경될 때마다 수혜자 데이터 기록 양식(STD204)을 요청하고 제출하기 위해 프로그램 담당자에게 이메일을 통해 연락하십시오.

J. 수여 및 지급 후의 조항

1. HCAI는 수혜자가 보조금 문서에 기재된 시작일에 보조금 계약의 이행을 시작할 것으로 기대합니다. 보조금 계약 시작일

이전에 수행한 작업과 지급액은 보조금 계약 요건에 포함되지 않습니다.

2. 수혜자는 HCAI가 계약을 체결한 회계연도가 끝나기 45일 전까지 계약을 해지할 수 있습니다. 이전 페이지의 계약 해지 섹션을 참조하세요.
3. 주 감사관실(SCO)은 등록된 수혜자의 우편 주소로 직접 종이 수표를 우편으로 발송합니다.
주의: 지급이 지연되지 않도록 HCAI에 가장 최근의 우편 주소가 등록되어 있는지 확인하십시오. 첨부 문서 B를 참조하십시오: 보조금 계약서의 예시, 항목 D: 지급 조항 및 보고 요건에서 자세한 정보를 확인하십시오.
4. HCAI는 수혜자에게 세금에 관한 자문을 할 수 없습니다. HCAI는 세무 전문가가 아니며 세금의 결과는 수혜자에 따라 달라질 수 있습니다. 이러한 이유로, 수혜자는 전문적인 세무 자문을 구하십시오.
5. 수혜자로서 HCAI는 서비스 약정 기간 종과 약정 후에 주기적으로 연락하여 설문조사를 완료하도록 요청할 수 있습니다. 귀하의 참여는 이와 같은 프로그램의 효과를 입증하고 귀하와 같은 참가자들에게 향후 자금 지원을 지지하는 데 있어 매우 중요합니다. 본 기관의 설문조사를 받으면 귀하의 교육/훈련 상태 및 고용에 관한 질문이 포함될 가능성이 높습니다. 이러한 설문조사는 일반적으로 1년에 1~2회 이내로, 서비스 약정이 종료된 후 5년을 초과하지 않는 범위 내에서 시간을 내어 완료해 주시기 바랍니다.

주의: 모든 장학금 수혜자에게는 장학금 수령에 대한 IRS 1099 양식이 제공됩니다.

K. 계약 위반에 대한 정책

HCAI는 수혜자가 보조금 계약에 명시된 의무를 이행하지 않을 경우 보조금을 회수할 수 있는 권리가 있습니다. 첨부 문서 B를 참조하십시오: 보조금 계약서 샘플 - 항목 G: 위반에 관한 자세한 정보.

L. 주요 날짜

프로그램 연도의 주요 일정은 다음과 같습니다:

| 사안 | 날짜 | 시간 |
|-----------------|---------------|---------|
| 신청 가능 | 2024년 11월 1일 | 오후 3:00 |
| 신청서 제출 마감일 | 2024년 12월 13일 | 오후 3:00 |
| 수여 통지 예정일 | 2025년 2월 | 해당 없음 |
| 제시된 보조금 계약의 시작일 | 2025년 3월 31일 | 해당 없음 |

M. 리소스

HCAI는 지원자 및 수상자의 지원 및 서비스 기간 모니터링 프로세스 전반에 걸쳐 지원자와 수상자를 지원하기 위해 최선을 다하고 있습니다. 이 목표를 달성하기 위해 아래에 추가 리소스 문서가 제공되었습니다.

자세한 내용은 다음 문서를 참조하세요:

1. [자금 지원 자격 퀴즈](#): 퀴즈를 풀고 HCAI 대출 상환, 장학금, 보조금 또는 소규모 병원 프로젝트 환급을 신청할 자격이 있는지 알아보세요.
2. [프로그램 자주 묻는 질문\(FAQ\)](#): 지원자와 수상자를 위해 자주 묻는 질문에 대한 답변을 문서화했습니다.
3. [기술 지원 가이드](#): 지원자와 수상자가 HCAI eApp 펀딩 포털을 탐색하고 필요한 결과물을 제출할 수 있도록 지원합니다.

N. 연락처

프로그램 담당자에게 연락하기 전에, 모든 지침서들을 검토하시기 바랍니다. AHSP 및 eApp과 관련된 추가 질문이 있다면 HCAI 담당자에게 이메일을 보낼 수 있습니다: [HWDD- SCH@hcai.ca.gov](mailto:HWDD-SCH@hcai.ca.gov).

[답변까지 최대 24시간이 소요될 수 있습니다.](#)

항목 II: 제공자 eApp 기술적 지침서

A. 의료 종사자의 eApp 기술적 지침서

1. 신청 시스템의 이용

HCAI는 eApp을 사용하여 의료 종사자와 학생이 신청서를 제출할 수 있도록 합니다. 이 보조금 지침서에는 eApp에서 신청서를 작성하고 제출하는 데 필요한 정보가 포함되어 있습니다.

<https://funding.hcai.ca.gov/>에서 eApp에 접속하십시오. eApp가 제대로 작동하려면, 인터넷 익스플로러(Internet Explorer)는 더 이상 지원되지 않으므로, 크롬(Chrome) 또는 마이크로소프트 엣지(Microsoft Edge)를 사용하십시오. Windows 기반 PC/노트북을 사용하는 것을 권장합니다. 스마트폰, 태블릿 및/또는 iOS 기반 디바이스를 통해 eApp에 액세스하는 것은 권장하지 않습니다.

2. 등록 및 로그인

모든 신청인은 신청을 시작하기 전에 eApp 시스템에 등록해야 합니다. 신규 사용자로 등록하려면 홈페이지에서 "계정 만들기"(Create Account) 버튼을 클릭하고 안내를 따르십시오.

이메일 주소를 제출하고 비밀번호를 생성하면 계정 링크가 포함된 이메일을 (no-reply@hcai.ca.gov로부터) 받게 됩니다. 이메일에 포함된 링크를 클릭하여 eApp으로 돌아가 사용자 프로필 페이지를 작성합니다. 사용자 프로필을 완료한 후 "여기에서 신청하기"(Apply Here) 탭으로 이동하여 신청을 시작합니다.

3. 신청서 제출

- 신청서를 제출하면 보조금 이용 약관에 동의하는 것과 같습니다.
- HCAI는 늦거나 불완전한 신청서는 검토하지 않습니다. 자세한 내용은 항목 1: 본 보조금 지침서의 주요 일정을 참조하십시오
- "제출"(Submit) 버튼을 클릭한 후에는 다시 돌아가서 신청서를 수정할 수 **없습니다**.
- eApp에서 제출 확인 이메일을 보내드립니다.

4. AHSP 신청서의 구성 내용

제출된 신청서에는 모든 필수 정보가 포함되어야 하며 보조금 지침서 형식을 준수해야 합니다.

AHSP 신청서에는 신청자가 작성해야 할 7가지 항목이 있습니다:

1. 일반 정보
2. 프로필 정보
3. 연락처 정보 (연락처 한 개는 필수)
4. 교육 정보
5. 전문성 정보
6. 장학금 프로그램 확인
7. 고용 이력
8. 필수 문서
 - 허용되는 파일 형식을 사용해야 하며, 그렇지 않으면 신청이 거부될 수 있습니다. 허용되는 파일 형식의 예로는 .jpg, .doc, .docx 및 .pdf가 있습니다.
9. 신청서 인증

첨부 문서 A: 평가 및 점수 부여 기준

| 핵심 사항 | 지침 사항 | 요점 |
|-------|--|-----------|
| 사용 언어 | 20점: 고객에게 직접 의료 진료를 할 수 있을 정도로 하나 이상의 언어를 유창하게/잘 구사함. 0점: 하나 이상의 언어를 구사하지 못함. | 최대 점수 20점 |

| | | |
|---------------------------|--|-------------------------|
| <p>의료 소외 지역/인구</p> | <p>미국 또는 해외의 의료 소외 지역 또는 의료 소외 계층을 위해 자원봉사를 하거나 일한 적이 있습니까? 20점: 예 0점: 아니오</p> | <p>최대 점수 20점</p> |
| <p>졸업일자</p> | <p>20점: 졸업일이 2025년 이내임. 0점: 졸업일이 2025년 12월 31일 이후임.</p> | <p>최대 점수 20점</p> |
| <p>경제적 약자</p> | <p>경제적 취약 학생 장학금 프로그램에 정의된 대로, 환경적 및/또는 경제적 요인에 따른 취약한 배경을 가진 것으로 식별되었거나 연방 예외적인 재정적 필요 장학금을 받았습니까? 20점: 예 0점: 아니오</p> | <p>최대 점수 20점</p> |
| <p>학업 성과</p> | <p>10점: 학생이 평균학점을 3.0+로 유지함 5점: 학생이 평균학점을 2.0 – 2.99로 유지함 0점: 학생이 평균학점을 2.0 미만으로 유지함</p> | <p>최대 점수 10점</p> |
| <p>총 점수</p> | | <p>최대 점수 90점</p> |

참고: 동점일 경우, 졸업일이 더 빠르거나 캘리포니아 학교에 재학 중인 학생이 우선권을 갖습니다.

첨부 B: 보조금 계약서의 예시물

DEPARTMENT OF HEALTH CARE ACCESS AND INFORMATION과

[GRANTEE NAME] 간의

보조금 계약 동의서

보조금 계약 번호 [GRANT AGREEMENT NUMBER]

본 보조금 계약(이하 "계약")은 [Grant Start Date]에 캘리포니아주 Department of Health Care Access and Information (이하 "HCAI")와 [Provider Name](이하 "수혜자") 간에 체결됩니다.

HCAI는 캘리포니아의 의료 기반시설에 대한 분석을 제공하고 의료 인력 문제를 조정하는 동시에 다양하고 유능한 인력을 육성하여 의료 서비스의 이용을 쉽게 합니다.

HCAI는 [Program Cycle Name](을)를 통해 캘리포니아 전역의 소외된 지역사회에서 의료 서비스를 제공하도록 의료계 학생들을 장려함으로써 그 사명을 달성하고자 합니다.

[Program Acronym](은)는 보건의료 교육 프로그램에 대한 장학금 특혜를 제공하여 보건의료계 학생을 지원합니다.

수혜자는 [Program Acronym](으)로부터 보조금을 받기 위해 채택된 적절한 절차에 따라 HCAI에 의해 선정되었습니다.

이제 HCAI와 수혜자는 다음과 같이 동의합니다:

A. 정의

- 캘리포니아 보건 및 안전법 제123464절에 정의된 대로 "낙태"(Abortion)는 출산 목적을 제외하고 임신 중절을 유도하기 위한 모든 의학적 치료를 의미합니다.
- "낙태 관련 서비스"(Abortion-related services)에는 숙련된 의료 종사자가 위생적인 조건에서 현대적 기술(예: 진공 흡인)을 사용하여 수행하는 유도 낙태 또는 의료 낙태에 효과적인 치료와 고품질 약물의 사용이 포함됩니다. 또한 낙태 관련 서비스에는 "낙태 후 치료"에 정의된 대로, 유산 관리, 낙태 관련 상담 및/또는 정신 건강 서비스, 피임 서비스, 기타 성 및 생식 건강 서비스와의 연계, 그리고 지역사회와의 연계도 포함됩니다.
- "승인된 진료소" 및/또는 "진료소"는 캘리포니아 규정집 제22편 제97700.35절에 정의된 대로 "의료 취약 지역(MUA)" 내에 있는 시설로, 다음 기준 중 하나를 충족하는 국장이 지정한 지리적 구역을 의미합니다:
 - 미국 보건복지부 장관이 미국법 주석 제42편 제254e절에 의거하여 지정한 1차 진료 "의료 전문가 부족 지역 - 1차 진료(HPSA-PC)"입니다.
 - 보건 및 안전법 제128385절에 따라 간호 인력(BSNSP만 해당)이 부족하다고 국장이 판단한 시설.

- c. "보건 전문가 부족 지역 - 정신 건강(HPSA-MH)"(Health Professional Shortage Area - Mental Health (HPSA-MH))이란 미국 보건복지부, 보건 자원 및 서비스국, 보건 전문인 부족 지정 지부에 의해 지정된 지역을 의미합니다.
 - d. "보건 전문인 부족 지역 - 치과(HPSA-D)"(Health Professional Shortage Area - Dental (HPSA-D)) (**AHSP 및 APHSP만 해당**)는 미국 보건복지부, 보건 자원 및 서비스 관리국, 보건 전문인 부족 지정 지부에서 해당 지역을 지정한 것을 의미합니다.
 - e. 해당되는 시설은 캘리포니아 간호 학교(**BSNSP에만 해당**), 어린이 병원, 교정 시설, 카운티에서 운영하는 보건 시설, 연방정부에서 승인한 보건 센터, 미국인 원주민 보건 센터, 비영리 시설, 공립 학교 시설, 농촌 보건 병원, 전문 요양 시설, 주정부에서 운영하는 보건 시설, 약물 사용 재활 시설, 그리고/또는 재향군인 시설입니다.
4. "부국장"이란 보건 인력 개발 사무소(OHWD)의 부국장 또는 그 지명을 받은 사람을 의미합니다.
 5. "직접 환자 진료"란 신체적 또는 정신적 질병으로 치료를 받고 있거나 의심되는 개인을 직접 진료하는 의료 서비스를 의미합니다. 여기에는 대면 및 원격 의료에 기반한 예방 치료와 일선 감독이 포함됩니다. "일선 감독"이란 환자/고객에게 직접 치료를 제공하는 직원을 직접적인 감독하는 것을 의미합니다.
 6. "정규직 봉사"는 주당 최소 32시간 이상 직접 환자를 진료하는 것을 의미합니다.
 7. "보조금 계약/보조금 번호"는 수혜자에게 수여된 보조금 번호 [**Grant Agreement Number**]입니다.
 8. "수혜자"는 HCAI가 보조금을 받도록 선정한 신청자를 의미합니다.
 9. "보조금"(Grant Funds)은 본 계약 및 [Program Acronym]에 따라 HCAI가 대출 상환 지원을 위해 수혜자에게 제공하는 자금을 의미합니다.
 10. "프로그램"은 [Program **Cycle Name**] [**Program Acronym**](을)를 뜻합니다.
 11. "프로그램 신청서"는 수혜자가 전자적으로 제출하고 HCAI가 승인한 보조금 신청서를 뜻합니다.
 12. "프로그램 관리자"는 프로그램을 담당하는 HCAI 관리자를 뜻합니다.
 13. "진행 보고서"(Progress Report)는 수혜자가 작성하고 고용주가 서명한 보고서로, 수혜자가 승인된 진료 현장에서 주당 최소 32시간씩 직접 환자를 진료해야 하는 계약 의무를 충족하고 있음을 증명하는 것을 의미합니다. 진행 상황 보고서는 6개월마다 제출해야 합니다.
 14. "프로그램 담당자"(Program Representative) (이하 "프로그램 책임자"로 지칭함)는 대출 상환 프로그램을 관리 및 감독하는 HCAI 분석가를 의미하며, 의무 봉사 기간 동안 수혜자의 주요 연락 담당자가 됩니다.
 15. "주"는 캘리포니아 주를 의미하며 캘리포니아 주의 모든 부서, 기관 및 위원회를 포함합니다.

B. 계약의 기간

본 계약은 **[Contract Start Date]** 에 발효되며 **[Contract End Date]**에 종료됩니다.

C. 업무의 범위

수혜자는 다음 업무 범위에 동의합니다. 이 항목의 조항과 수혜자의 프로그램 신청서가 상충하는 경우, 이 업무 범위 항목의 조항이 우선합니다:

수혜자는 다음을 제출해야 합니다:

1. **[Contract Start Date]**부터 **[Contract End Date]**까지의 기간 동안 최소 6학점 이상의 적절한 보건 교육 프로그램 또는 이와 동등한 프로그램에 등록하고, 학위/자격증을 수여받을 때까지 승인된 프로그램 신청서에 기재된 교육 프로그램에서 2.0 이상의 평균학점을 유지하며, 적절한 시설에서 의무 봉사를 완수해야 합니다.
 - a. 본 계약 기간 중 휴가, 휴일, 지속적인 전문 교육, 질병 또는 기타 사유로 인해 연방법 및 주법에 의해 요구되지 않는 한, 서비스 의무에 영향을 주지 않고 AHSP가 승인한 실습 장소에서 최대 4주 동안 자리를 비울 수 있습니다.
 - b. 4주 이상의 휴직에 대해서는 HCAI의 승인을 받고, 4주를 초과하는 각각의 일수에 대한 의무 봉사 기간을 연장하기 위해 본 계약 기간을 수정하는 데 동의하면 됩니다.
2. 졸업 후 30일 이내:
 - a. 수혜자가 승인된 프로그램의 신청서에 기재된 교육 프로그램을 정상적으로 이수하고 졸업했음을 증명하는 졸업일 확인(GDV) 양식을 제출합니다.
3. 승인된 프로그램 신청서에 기재된 교육 프로그램을 졸업한 후 6개월 이내:
 - a. 캘리포니아의 적격 시설에서 12개월 이상의 정규직(주당 32시간 이상 직접 환자 진료) 근무를 시작해야 합니다.
 - b. 정규직 고용 증빙서에 고용 날짜, 직위, 주당 근무 시간 등을 포함하여 HCAI에 제출합니다. HCAI는 필요한 양식을 수혜자에게 제공합니다.
 - c. 요청을 받게 되면, 해당 캘리포니아 면허 위원회 및/또는 인증 기관에서 발급한 면허증 번호가 포함된 면허증, 등록증 또는 인증서의 사본을 제출합니다.
4. 모든 보조금을 본 계약 기간 동안에 승인된 프로그램 신청서에 기재한 학업 비용의 적절한 교육 비용에 사용합니다. 보조금 계약의 시작일 이전에 수행한 작업과 지급한 금액은 보조금 계약의 요건에 포함되지 않습니다. 이 조항을 준수하지 않는 것은 본 계약의 실질적인 위반이며 아래에 설명된 대로 불이익을 받게 됩니다.

- 이름, 우편 주소, 전화번호, 이메일 주소가 변경된 경우, 변경일로부터 30일 이내에 HCAI에 서면으로 통지해야 합니다.
- 수혜자는 고용 장소가 변경된 경우 30일 이내에 HCAI에 통지해야 합니다. HCAI는 새로운 고용 장소가 승인된 근무 장소인지 확인합니다. 수혜자는 고용 장소를 변경하기 전에 항목 K. HCAI 및 수혜자 연락처 정보에 명시된 프로그램 책임자에게 연락하여 예정된 새 고용주의 적격성을 확인받아야 합니다.
- 본 계약 기간인 **[Contract Start Date]**부터 **[Contract End Date]**까지 요청받은 모든 정보 및 문서를 HCAI에 제출합니다. HCAI는 장학금 프로그램 확인 양식(SPV), 졸업일 확인(GDV) 양식, 취업 확인 양식(EVF) 및 진행 보고서 등의 정보를 요청할 수 있습니다.
- 본 계약 기간 동안 학비 상환, 장학금, 대출 또는 대출금 상환을 포함한 재정적 이익을 위해 다른 기관과 전문직으로 활동하는 계약을 체결하면 안됩니다. 수혜자는 상충되는 다른 기관과의 의무가 이행될 때까지 본 계약에 따른 장학금을 받을 수 없습니다. "공공 서비스 대출 탕감(PSLF) 프로그램"(Public Service Loan Forgiveness (PSLF) Program)은 의무 봉사로 간주하지 않습니다.
- HCAI는 과거 참가자들을 대상으로 주기적인 설문조사를 통해 이 프로그램의 효과를 평가할 계획입니다. 이에 따라 수탁자는 프로그램 평가 목적으로 서비스 의무가 종료된 후 즉시 5년 동안 HCAI가 수탁자에게 연락할 수 있음을 인정합니다.

D. 지급 조항 및 보고 요건

- HCAI는 **[Contract Start Date]**부터 **[Contract End Date]**까지 서비스 기간 내에 보조금을 **한 번** 지급하며, 이는 수혜자에게 직접 지급해야 합니다. HCAI는 필요한 경우 계약 기간 내에 지급 조항을 변경할 수 있는 권리를 보유합니다.
- 정부법의 제1편, 제3.6구, 제3부, 제4.5장의 제927절 이하에 따라 지급이 됩니다.
- 의무 봉사는 수혜자가 2년에 한 번씩 정기적으로 제출하는 진행 보고서로 모니터합니다. HCAI는 필요한 경우 계약 기간 내에 제출해야 하는 진행 보고서의 수를 늘리거나 줄일 수 있는 권리를 보유합니다. 본 계약의 어떠한 내용도 승인된 프로그램 신청서에 기재된 교육 부채 상환에 대한 수혜자의 일차적 책임을 면제하지 않습니다. HCAI가 완료된 진행 보고서를 수령한 후에 수혜자에게 지원금을 지급하게 됩니다. 수혜자가 자금지원 e-App 포털에서 진행 보고서를 다운로드하고 제출할 수 있도록 no-reply@hcai.ca.gov에서 자동으로 이메일이 전송됩니다. 진행 상황 보고서는 마감일 약 한 달 전에 다운로드할 수 있습니다.
- 본 계약에 따른 HCAI의 총 책무는 **[\$Award Amount]**이며, 다음과 같이 지급해야 합니다:
 - 본 보조금 계약이 **[Grant Agreement Start Date]**에 실행되면 **[\$PAYMENT]** 을 지급.
- 지급은 HCAI가 수혜자의 의무 봉사 규정에 대한 문서 및 HCAI가 요구하는 기타 문서를 수령하고 나서 하는 것이 조건입니다. 지급은 본 계약이 실행되는 날로부터 45일 이내에 이루어져야 합니다. 본 계약에 따른

지급은 대출금 상황금의 기한과 무관하게 독립적으로 지불되며 본 계약 기간 내에 언제든지 이행될 수 있습니다.

E. 수여에 따른 세금

HCAI는 세무 자문을 하지 않으며 본 항목을 HCAI의 세무 자문이라고 해석하지 마십시오. 수혜자는 HCAI로부터 받은 자금으로 인한 재정적 영향에 대해 독립적인 세무 자문을 구해야 합니다. HCAI는 수혜자에 대한 지급금에서 세금을 원천징수하지 않습니다. HCAI는 본 계약에 대한 IRS 1099 양식을 발행합니다.

F. 예산의 예비 규정

1. 양 당사자는 본 계약이 적용되는 현재 연도 및/또는 후속 연도의 예산법이 해당 프로그램에 충분한 자금을 배정하지 않는 경우, 본 계약이 무효화된다는 데 동의합니다. 이 경우 HCAI는 수혜자에게 자금을 지급하거나 본 계약에 따른 기타 대가를 제공할 책임이 없으며, 수혜자는 본 계약의 어떠한 조항도 이행할 의무가 없습니다.
2. 본 프로그램의 목적에 대하여 예산법에 의해 회계 연도의 자금이 삭감되거나 삭제되는 경우, HCAI는 본 계약을 취소하거나 HCAI에 대한 책임 없이 본 계약을 취소하거나 수혜자에게 삭감된 금액을 반영한 계약의 수정을 제안할 수 있는 선택권을 갖습니다.

G. 계약의 위반

HCAI는 수혜자가 본 계약에 명시된 의무를 이행하지 않을 경우 다음과 같이 위약금을 회수할 권리를 가집니다:

1. 수혜자가 의무 봉사를 시작하거나 완료하지 못한 경우, HCAI는 다음 사항을 모두 회수해야 합니다:
 - a. 의무 봉사를 하지 않은 기간에 대하여 HCAI가 수혜자에게 또는 수혜자를 대신하여 지급한 총 대출 상황금; 그리고
 - b. 총 수혜액의 10%에 해당하는 금액에 이자를 더한 금액입니다.
2. 본 계약의 위반으로 인해 HCAI가 수혜자로부터 회수할 권한이 있는 모든 금액은 HCAI가 수혜자가 본 계약을 위반했다고 판단한 날로부터 1년 이내에 반납해야 합니다.
3. 정부법 16580-16586에 따라, HCAI는 미반납 채무를 징수할 법적인 권한이 있습니다. HCAI는 가맹점 세금 위원회 또는 Medi-Cal 상쇄금에서 징수를 시도할 수 있습니다. HCAI는 미반납 채무 상환을 위해 고용개발부, 평등위원회 및/또는 추징 기관에 연락할 수도 있습니다.
4. 수혜자가 계약을 실질적으로 위반한 경우에, 항목 H에 따른 구제를 받지 않는 한, 향후의 HCAI 프로그램에 신청할 자격이 없습니다.

아래에 서명함으로써 수혜자는 항목 G: '계약 위반'의 약관을 검토하고 이를 인정하는 것입니다.

[Grantee's Full Name]

날짜

H. 봉사의 중단, 면제, 취소 또는 자발적 종료에 대한 규정

1. 수혜자가 사망하면, 수혜자에게 발생한 모든 봉사 또는 지불 의무가 취소됩니다.
2. 수혜자가 질병이나 부상으로 인해 영구적으로 불구가 되어 수혜자가 자신의 직업을 수행하지 못하거나 수혜자가 다른 수익성 있는 일자리를 얻지 못하는 경우, HCAI는 본 계약에 따라 발생한 수혜자의 의무 봉사 또는 반납 의무를 면제 또는 중단할 수 있습니다. HCAI는 면제 또는 중단 요청을 처리하기 위해 필요하다고 판단되는 경우, 의료 또는 장애에 관련된 문서를 요청할 권리를 보유합니다. 수혜자는 수혜자의 의무 봉사에 대한 정지 또는 면제 요청을 서면으로 HCAI에 제출해야 합니다. 수혜자가 일시적으로 의무를 준수할 수 없거나 극심한 어려움에 처한 경우, 최대 1년까지 의무의 일시 정지가 허용될 수도 있습니다. 소요된 추가 시간만큼 봉사 기간 종료일이 연장됩니다. (참고: 면제는 수혜자에게 의무 봉사의 전부 또는 일부를 영구적으로 소멸시키지만, 일반적으로 면제는 부여되지 않으며 매우 어려운 상황을 입증해야 합니다.)
3. HCAI는 개인이 반납을 이행하는 것이 불가능하거나 개인에게 극심한 어려움을 수반하는 경우, 그리고 개인에 대한 그러한 의무의 강제 집행이 부도덕하다고 여겨지는 경우, 수혜자의 봉사 또는 반납 의무의 일부 또는 전부를 면제 또는 정지할 수 있습니다.
4. 수혜자가 신체적 또는 정신적 건강 장애 또는 직계 가족의 말기 질환을 포함한 개인적 상황으로 수혜자가 일시적으로 의무 봉사를 수행할 수 없는 경우, 해당 상황에 대한 독립적인 의료 문서를 제출하면 의료 또는 개인적 사유로 인한 휴직이 최대 6개월까지 허용될 수 있습니다. 수혜자는 달력 날짜를 기준으로 휴직이 시작되기 최소 30일 전에 HCAI에 서면으로 요청서를 제출하여 승인을 받아야 합니다. 승인된 휴직 기간은 보조금 계약 수정 후 봉사 기간 종료일을 수정합니다.
5. 수혜자가 육아/출산/입양 휴가를 위해 승인된 진료 장소를 떠날 계획인 경우, 수혜자는 달력 날짜를 기준으로 휴가를 시작하기 최소 60일 전에 HCAI에 알려야 합니다. HCAI는 가족 의료 휴가법(최대 12주) 또는 기타 연방법 및 주법에 의해 정해진 기간 내에 수혜자가 승인된 진료 현장을 떠나는 것을 허용하지만, 수혜자는 승인된 진료 현장의 휴가 정책을 반드시 준수해야 합니다.
6. 군 예비역으로 현역으로 소집된 수혜자에게는 군 현역 소집, 휴직 또는 복무 정지가 부여될 수 있습니다.

수혜자는 예비군 소집 통지서에 명시된 활성화 날짜부터 6개월에서 1년까지 혜택을 받을 수 있습니다. 서면으로 작성된 정지 요청서와 함께 현역 소집 명령서 사본을 HCAI에 제출해야 합니다. 현역 복무 기간은 의무 봉사로 인정되지 않습니다. 승인된 휴직 기간만큼 수혜자의 계약 종료일을 연장합니다.

7. 수혜자가 다음과 같이 행한 경우, HCAI는 계약이 체결된 주정부의 회계연도가 끝나기 45일 전까지 계약을 종료해야 합니다:
 - a. 계약의 종료를 위한 서면 요청서를 제출하는 경우; 그리고
 - b. 본 계약에 따라 수혜자에게 지급된 모든 금액을 상환하는 경우. 일 년간의 의무 봉사에 대한 모든 반납금은 수혜자가 해당 의무 봉사를 완료하는 회계연도가 끝나기 전까지 상환해야 합니다.

I. 진료 장소의 변경

1. 수혜자는 승인된 진료 현장에서 다른 진료 현장으로 진료 장소를 변경할 수 있도록 HCAI에 요청할 수 있습니다. 요청은 반드시 서면으로 해야 하며, 원하는 변경일로부터 달력 날짜를 기준으로 최소 30일 전까지 HCAI에 접수하여 승인을 받아야 합니다. 제안된 진료 장소의 이전이 승인되지 않고 수혜자가 또 다른 승인된 진료 장소로의 배정을 거부하는 경우, 수혜자는 계약 위반에 처해질 수 있습니다.
2. HCAI의 사전 승인 없이 승인된 진료 현장에서 자발적으로 사임하거나 정당한 사유로 승인된 진료 현장에서 해고된 수혜자는 계약 위반에 처해질 수 있습니다. 수혜자는 해고 사실을 즉시 HCAI에 서면으로 통지해야 합니다.
3. 수혜자가 실직하거나 진료 현장에서 해고 날짜를 통보받은 경우, 수혜자는 즉시 HCAI에 서면으로 통지해야 합니다. 진료할 현장이 없는 기간이 6개월을 초과하지 않고 정당한 사유로 인한 해고가 아닌 경우, 수혜자가 진료 현장이 없는 기간 동안만큼 계약은 연장될 수 있습니다. 추가로 시간이 필요하고, 진료 현장이 없는 기간이 정당한 사유로 인한 해고의 결과가 아닌 경우, 수혜자는 추가 시간 요청을 서면으로 작성하여 HCAI에 통지할 수 있습니다. HCAI는 서면으로 결정 사항을 수혜자에게 통보합니다.

J. 행정명령 N-6-22 - 러시아 제재

2022년 3월 4일, 개빈 뉴섬 주지사는 러시아와 러시아 법인 및 개인에 대한 경제 제재에 관한 행정명령 N-2-22를 발표했습니다. "경제 제재"는 우크라이나에서 러시아의 행동에 대응하여 미국 정부가 부과한 제재와 주법에 따라 부과된 모든 제재를 의미합니다. 해당 행정명령은 주 정부 기관에 경제 제재 대상이라고 판단되는 개인 또는 단체와의 계약을 해지하고 신규 계약을 체결하지 않도록 지시합니다. 따라서 주정부가 계약자가 경제 제재 대상이라고 판단하거나 제재 대상 개인 또는 단체와 금지된 거래를 하고 있다고 판단하는 경우 이는 본 계약의 해지 사유가 됩니다. 주정부는 계약자에게 그러한 해지에 대한 사전 서면 통지를 제공하고, 계약자는 달력 날짜를 기준으로 최소 30일 이내에 서면으로 답변을 제출할 수 있도록 합니다. 해지는 주정부의 독자적인 재량으로 이루어집니다.

K. 일반 약관 및 조건

1. 적시성: 본 계약에서 시간은 매우 중요합니다. 수혜자는 지시받은 대로 필요한 결과물을 제출해야 하고 본 계약에 명시된 기한을 준수해야 합니다. 계약 조건을 준수하기 위해 잠재적인 중복, 충돌 및 일정 문제를 예측하는 것은 전적으로 수혜자의 책임입니다.
2. 최종 계약: 본 계약은 수혜자의 신청서, 증거물 및 양식과 함께 당사자 간의 완전하고 최종적인 계약을 이루며 이전의 모든 구두 또는 서면 합의 또는 논의를 대체합니다. 본 계약의 조항과 수혜자의 신청서, 증거물 및 양식 간에 상충하는 조항이 있는 경우 본 계약의 조항이 우선합니다.
3. 누적 구제 수단: HCAI가 권리, 구제 수단, 권한 또는 특권을 행사하지 않거나 지연하여 행사하는 것을 면제한 것으로 간주하지 않으며; 권리, 구제 수단, 권한 또는 특권의 어느 한가지 또는 부분적 행사가 다른 권리, 구제 수단, 권한 또는 특권의 행사를 배제하지도 않습니다. 여기에 열거된 권리, 구제 수단, 권한 및 특권은 누적되며 법률에 의해 규정된 다른 권리, 구제 수단, 권한 및 특권을 배제하지 않습니다.
4. 소유권 및 공공 기록물법: 자금지원 기간동안 수집하한 모든 보고서와 이러한 보고서의 일부인 증빙 문서 및 데이터는 주정부의 재산이 되며 캘리포니아 공공 기록법의 적용을 받습니다. (정부법 §§ 6250 이하).
5. 주정부로부터의 독자성: 수혜자는 본 계약의 이행에 있어 주정부의 임원이나 직원 또는 대리인이 아닌 독자적인 자격으로 행동해야 합니다.
6. 면제: 수혜자의 본 계약 조항에 대한 계약 위반에 대한 HCAI의 면제는 다른 계약 위반에 대한 면제로 해석되지 않습니다. HCAI는 본 계약의 조건을 준수하지 않을 경우 향후의 보조금 수여 대상에서 수혜자의 자격을 박탈할 수 있는 권리를 명시적으로 보유합니다.
7. 승인: 본 계약은 양 당사자가 서명할 때까지 효력이 없습니다. 수혜자는 그러한 승인을 받을 때까지 계약의 이행을 시작할 수 없습니다.
8. 수정: 본 계약 조건의 수정 또는 변경은 서면으로 작성하고 양 당사자가 서명하고 필요한 승인을 받지 않는 한 유효하지 않습니다. 본 계약에 포함되지 않은 구두 이해나 합의는 당사자 간에 구속력을 갖지 않습니다.
9. 양도: 본 계약은 공식적인 서면 수정의 형태로 HCAI의 동의 없이 수혜자가 전체 또는 일부를 양도할 수 없습니다.
10. 면책: 수혜자는 본 계약을 이행하는 과정에서 수혜자에 의해 부상 또는 손해를 입은 개인, 회사 또는 법인에게 발생하거나

그로 인해 발생하는 모든 청구 및 손실로부터 주, 그 임원, 대리인 및 직원을 면책, 방어 및 무해하게 보호하는 데 동의합니다.

11. 분쟁: 수혜자는 분쟁이 발생하는 동안에도 본 계약에 따른 의무를 계속 수행해야 합니다. 본 계약에 따라 발생하는 모든 분쟁은 다음과 같이 해결합니다:
 - a. 수혜자는 HCAI 프로그램 관리자와 비공식적으로 분쟁을 논의합니다. 분쟁이 해결되지 않는 경우, 분쟁의 쟁점, 수혜자의 입장에 대한 근거 및 원하는 구제책을 명시하여 부국장(Deputy Director)에게 서면으로 제출해야 합니다. 수혜자는 부국장에게 서류를 제출할 때 증거 문서의 사본을 첨부하고 자신의 입장을 뒷받침하는 기타 증거를 설명해야 합니다.
 - b. 부국장 또는 그 지정인은 수혜자로부터 서면상으로 불만제기를 접수한 후 업무일을 기준으로 10일 이내에 결정을 내리고 그 결정과 이유를 명시하여 수혜자에게 서면으로 회신해야 합니다.
 - c. 수혜자는 부국장의 결정을 받은 날로부터 업무일을 기준으로 10일 이내에 부원장의 결정에 동의하지 않는 이유를 명시하여 HCAI 수석 부국장(Chief Deputy Director)에게 이의를 제기할 수 있습니다. 수석 부국장 또는 그 지명인(부국장 또는 그 지명인이 아니어야 함)은 수혜자의 항소를 접수한 날로부터 업무일을 기준으로 20일 이내에 수혜자와 만나야 합니다. 이 모임에서 수혜자와 HCAI는 각자의 입장을 뒷받침하는 증거를 제시할 수 있습니다.
 - d. 수혜자와의 모임 후 업무일을 기준으로 10일 이내에 HCAI 수석 부국장 또는 그 지정인은 결정 사항을 수혜자에게 서면으로 회신해야 합니다. 수석 부국장의 결정이 최종 결정이 됩니다.
12. 정당한 사유에 의한 계약의 종료: 위의 계약 위반 조항 외에도, 수혜자가 본 계약의 요구 사항을 제시된 시점과 방식으로 이행하지 않을 경우, HCAI는 본 계약을 해지하고 모든 지급금을 지불할 책임을 지지 않을 수 있습니다. 수혜자는 계약의 해지일 기준으로 이전에 수혜자에게 제공된 미사용 계약 지원금을 반환해야 합니다.
13. 준거법: 본 계약은 캘리포니아 주 법률의 적용을 받으며 이에 따라 해석됩니다.
14. 집행 불가능에 대한 조항: 본 계약의 일부 조항을 시행할 수 없거나 시행할 수 없는 것으로 간주되는 경우, 당사자들은 본 계약의 다른 모든 조항은 효력을 가지며 그로 인한 영향을 받지 않는다는 데 동의합니다.

L. HCAI 및 수취인의 연락처 정보

본 계약 기간 동안 HCAI의 담당자와 각 당사자의 연락처 정보는 다음과 같습니다. 모든 문의는 다음 연락처로 하십시오:

| | |
|--|---|
| 주 정부 기관: Department of Health Care Access and Information | 수여된 HCAI 프로그램: [Name of Program] |
| 부서: 의료 인력 개발 사무소(Office of Health Workforce Development) | 수혜자의 이름, 성: [Grantee's Full Name] |
| 프로그램 담당자 이름: [Program Officer Full Name] | 주소: [Address 1] |
| 주소: 2020 West El Camino Avenue, Suite 1222 Sacramento, CA 95833 | 전화번호 1: [Phone 1] |
| 전화: [Program Officer Main Phone] | 전화번호 2: [Phone 2] |
| 이메일: [Program Officer Primary Email] | 이메일: [Email Address] |

M. 당사자의 인정:

아래에 서명함으로써, Department of Health Care Access and Information (HCAI)와 수혜자는 본 계약이 본 계약에 따른 권리와 의무에 대한 HCAI 및 수취인의 이해를 정확하게 반영하고 있음을 인정합니다.

[Grantee's Full Name]

날짜

Department of Health Care Access and Information의 대리인:

[조달 및 계약 서비스 관리자]

날짜